

### 3

## “Fale com ela”

### 3.1.

#### O universo da mulher louca infratora

Os hospitais de custódia, antigos manicômios judiciários constituem, “(...) um campo que consegue articular, de um lado, duas das realidades mais deprimentes das sociedades modernas – o asilo de alienados e a prisão – e, do outro, dois dos fantasmas mais trágicos que nos ‘perseguem’ a todos – o criminoso e o louco”. (Carrara, 1998, p. 26). Eles nasceram dentro de um contexto específico<sup>1</sup> e possuem como base de sustentação a noção da periculosidade, que tem na prevenção a chave para entendimento de sua história.

A ‘patologia mental’ e o ‘desvio’ quase sempre associados, remetem a representações e práticas elaboradas pelas sociedades e que, ao longo dos séculos, dão sentido a mecanismos históricos – como a prisão e o hospital - que condicionam a emergência de seu domínio.

No consórcio elaborado entre Psiquiatria e Direito Penal fundamentou-se um discurso comum que originando uma disciplina, materializou-se em um novo empreendimento, um espaço social designado ao louco infrator.

As discussões sobre o tema, reforçando a necessidade premente e inexorável de se fundar uma instituição que fosse capaz de abrigar não apenas os loucos criminosos como também os criminosos loucos, foram retomadas por volta de 1896, a partir da fuga de Custódio Alves Serrão do Hospício Nacional de Alienados e, sucessivamente, em 1920 com outra fuga no mesmo estabelecimento.

Criado por decreto em 1921, no Rio de Janeiro, para receber – e deter – os indivíduos classificados como loucos pela Medicina Psiquiátrica e infratores pelo Direito Penal, o Manicômio Judiciário do Rio de Janeiro foi a primeira instituição do gênero fundada na América Latina. Originado da Seção Lombroso, do Hospício Nacional de Alienados, é uma unidade médico/carcerária, destinada à

---

<sup>1</sup> Valiosas contribuições sobre o tema também podem ser encontradas em Maciel (1999).

guarda/tratamento psiquiátrico de indivíduos que cometeram ato delitivo previsto em nosso código penal como crime e que foram considerados inimputáveis.

De acordo com o Artigo 26, do Código Penal Brasileiro, deverá ser declarado inimputável o acusado de um crime que apresentar “doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado” e ficar comprovado, através de Exame de Sanidade Mental (ESM), realizado por perito forense, que este “era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou determinar-se de acordo com esse entendimento<sup>2</sup>”. (Delmanto, 1991, p.24)

Estes são absolvidos da responsabilidade penal pelo juiz de direito e submetidos à medida de segurança entendida como “(...) medidas de prevenção e assistência social relativamente ao ‘estado perigoso’ daqueles que, sejam ou não penalmente responsáveis, praticam ações previstas na lei como crime”. Segundo o Artigo 96, do Código Penal, deverá ser determinada internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta deste, em um outro estabelecimento adequado; e sujeição a tratamento ambulatorial.

O § 1º, do Artigo 97, estabelece que o prazo da medida detentiva será por tempo indeterminado e perdurará enquanto não for averiguada por perícia médica, a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de um a três anos. Assim, com periculosidade presumida por lei, os inimputáveis, são inseridos no contexto criminal, tendo como prerrogativa serem considerados ‘criminosos em potencial’ podendo, a qualquer momento praticar ato criminoso.

Pode-se inferir no conceito de periculosidade a relação estabelecida entre ‘doença mental’ e criminalidade. Logo, a figura jurídica instituída para o agente em questão, tem como fulcro um conceito que pressupõe sua probabilidade de tornar a praticar crimes.

O condenado, durante o período de cumprimento da medida de segurança, é acompanhado por uma Equipe Técnica Multidisciplinar composta por psiquiatra, psicólogo e assistente social da instituição que ao final do período mínimo ou máximo da medida jurídica, elabora pareceres (laudos) favoráveis, ou não, à sua ‘absolvição’ (desinternação). Nos casos onde os pareceres indicam a

---

<sup>2</sup> Nas situações onde for levantada a suposição de que o acusado de um crime apresenta diagnóstico psiquiátrico, este deverá ser submetido ao exame de sanidade. Nesse momento, adota-se como procedimento, interromper toda investigação sobre as evidências do crime e sobre a culpabilidade do autor, não sendo mais necessário reunir provas acerca da autoria do delito.

desinternação ou outro benefício<sup>3</sup>, o perito, realiza Exame de Verificação de Cessação da Periculosidade (EVCP) que, anexado aos laudos, serão encaminhados ao Juiz de Direito da Vara de Execuções Penais (VEP) que poderá aceitar ou recusar tais laudos.

É importante ressaltar que um dos critérios para a desinternação (que será sempre em caráter condicional, já que pode ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de um ano, praticar fato indicativo de sua periculosidade) é que, durante a audiência, um responsável assuma frente ao Juiz, total compromisso sobre os atos doravante praticados pelo condenado. Deste modo, a manutenção dos laços familiares é crucial, pois se constitui numa das vias possíveis de acesso à liberdade dos inimputáveis. A solidariedade familiar permite amortecer o efeito do processo de exclusão social que estes estão submetidos. Contudo, nem sempre se pode contar com este anteparo, pois em algumas situações os vínculos com a família se romperam progressivamente em função do longo período de internação.

Outra situação diz respeito aos internos que sofreram graves rupturas sociais, sem mesmo nunca ter mantido relações estáveis com familiares antes do delito, e aos que se iniciaram na marginalidade de forma precoce. Há, ainda, aqueles que experimentaram uma miserável situação de mendicância, sendo privados de uma das formas mais elementares de solidariedade. Nestes casos, é pertinente a pergunta: qual a posição do Estado, responsável pela custódia dessas pessoas, no sentido de possibilitar uma sobrevivência mais humana, garantindo um sistema de proteção satisfatório?

Historicamente as práticas de remover, excluir, esconder, enclausurar aquilo que não se coaduna com uma determinada ‘ordem social’ têm sido em alguns casos, as alternativas adotadas nas situações que envolvem comportamentos estranhos e desviantes. Estes, quando somados à desrazão, implicam numa medida jurídica, uma pena. Contudo, devido à junção da loucura com ‘outro mal’, não será possível imputar pena. Assim, por lei, os considerados penalmente inimputáveis - com periculosidade presumida - são compulsoriamente

---

<sup>3</sup> Os benefícios para internos de HCTP são: Saídas Terapêuticas Assistidas (STA) realizadas com a supervisão de um técnico da instituição que beneficiam internos que, embora tenham autorização judicial para desinternação, permanecem na instituição pela ausência de suporte sócio-familiar; Saídas Terapêuticas (ST) que são visitas regulares à família e, finalmente, a indicação de inserção do interno em hospital-dia próximo ao HCTP com retorno à noite, para dormir.

internados em nosocômios penais, podendo ser condenados a viver *ad vitam* nessas instituições. Diante disso coloca-se outra questão: aqueles que cometeram atos ilícitos, tipificados no código penal como crime, em particular aqueles considerados pela justiça como inimputáveis, devem perder qualquer chance de recuperação da sua autonomia?

Segundo a Assessoria de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, existem 19 Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico no Brasil, onde estão internados aproximadamente quatro mil portadores de transtornos mentais. Além destes, há ainda os internados que estão em alas psiquiátricas de presídios dos quais a Assessoria não dispõe de estatísticas.

Um número significativo de pessoas encontra-se nessas instituições há décadas, sem qualquer perspectiva de retorno à sociedade. E, mesmo quando conseguem a liberdade, tratados na esfera da justiça por longos anos, os egressos de unidades psiquiátricas penais, via de regra, esbarram em entraves como a dificuldade em serem aceitos na esfera da Saúde - para acompanhamento ambulatorial de rotina - seja pelo duplo estigma que os acompanha, seja pela ausência de uma política pública que atenda esta problemática.

Historicamente a obrigação de responsabilidade de gestão dos hospitais de custódia – e sua população – foi imputada ao judiciário, considerado como a instituição mais apropriada para assumi-la, já que a questão de segurança existente na efetiva probabilidade de reincidência torna-se preponderante para a possibilidade de superação das condições que desencadearam o crime. No campo judiciário, a atual proposta de reforma do Código Penal em trâmite no Congresso Nacional, contempla inovações muito importantes, tal como não permitir que a internação sob custódia judicial seja indefinida.

Os Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico estão ligados a uma rígida estrutura jurídica. Há mais de 20 anos existe uma discussão em torno de sua extinção, assunto que se acentuou em julho de 2002, a partir da realização do Seminário Nacional para Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, resultado de um esforço interinstitucional dos Ministérios da Saúde e da Justiça. Com este evento, foi possível reunir vários atores envolvidos na problemática da inimputabilidade e da medida de segurança, com o objetivo de serem estabelecidas diretrizes e consensos para a reorientação dos Hospitais de

Custódia, temática pouco aprofundada na Reforma Psiquiátrica Brasileira, cujo debate complexo é repleto de entraves, uma vez que envolve a legislação penal.

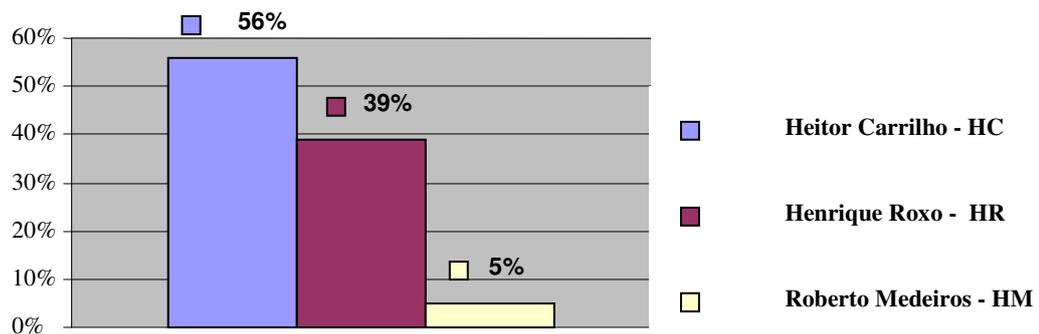
Dentre um conjunto de fontes, em particular os relatórios finais da II e III Conferências Nacionais de Saúde Mental e do Seminário Nacional para a Reorientação dos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, são apresentadas propostas com o objetivo de reestruturar o modelo de atenção prestada ao portador de transtornos mentais em conflito com a lei. Nessa perspectiva, a Superintendência de Saúde, da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro, realizou um censo nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado do Rio de Janeiro no ano de 2003<sup>4</sup>.

O sistema penitenciário do Estado do Rio de Janeiro possui duas instituições destinadas às mulheres condenadas que apresentam transtorno mental. São as alas femininas dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico Heitor Carrilho e Roberto Medeiros. As unidades estão situadas, respectivamente, nos complexos Frei Caneca e Bangu. O perfil de suas internas são mulheres condenadas – já cumprindo pena – que venham a apresentar transtorno mental após a condenação, ou sentenciadas, com medida de segurança por terem sido consideradas inimputáveis pela justiça. Os inimputáveis têm periculosidade presumida por lei.

Com base no censo de 2003, realizado pela Superintendência de Saúde, da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro, apresentaremos a seguir o perfil do universo de internos nos hospitais de custódia do estado segundo: unidades hospitalares e sexo. Em seguida, aproveitando ainda os dados obtidos no levantamento, com o objetivo de dar mais visibilidade à questão das mulheres, organizamos os dados referentes a elas de acordo com faixa etária, diagnóstico psiquiátrico, delito, vítimas mais comuns, tempo de internação associado ao diagnóstico, motivos apresentados para reinternação, existência e tipo de apoio sócio familiar, e, finalmente, grau de autonomia.

---

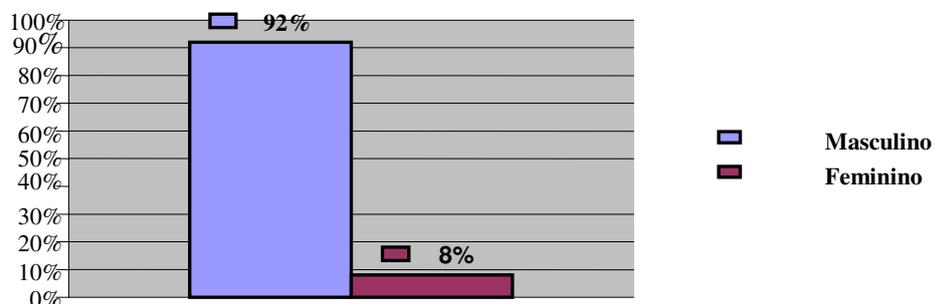
<sup>4</sup> Trata-se de material publicado em BIONDI, E.J. et. al (Coordenador Geral). Projeto de apoio à reinserção social de pacientes internados em Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Administração Penitenciária/Superintendência de Saúde, 2004, 112f. (M. S.) (Projeto Concluído).

**Gráfico 1: Distribuição dos internos por unidade hospitalar. N = 366**

Fonte: BIONDI, E.J. et. al.

No momento em que esta pesquisa foi iniciada, de acordo com os dados do censo, um total de 366 pessoas estavam distribuídas entre os hospitais psiquiátricos penais, sendo 205 (56%) no Heitor Carrilho - HH, 143 (39%) no Henrique Roxo - HR e 18 (5%) no Roberto Medeiros - HM.

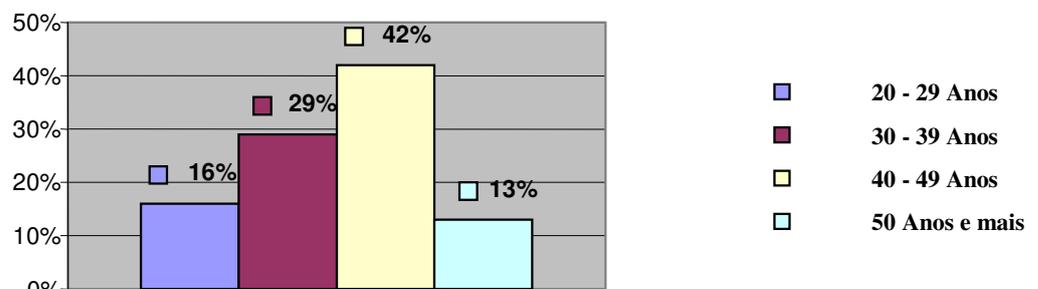
Designados à custódia e tratamento psiquiátrico dos internos considerados inimputáveis pela justiça, o HH (210 leitos) e o HR (155 leitos) são conveniados como o Sistema Único de Saúde – SUS, em nível IV. Cabe também ao Hospital Heitor Carrilho, a realização das perícias psiquiátrico-forense, que passa a ser uma parte do processo, que tem por fim subsidiar os juízes das diversas Varas Criminais de todo o Estado, sobre as condições mentais do acusado à época do crime. O hospital HM é destinado exclusivamente ao atendimento de emergências psiquiátricas do sistema penal do Rio de Janeiro.

**Gráfico 2: Distribuição dos internos por sexo. N = 366**

Fonte: BIONDI, E.J. et. al.

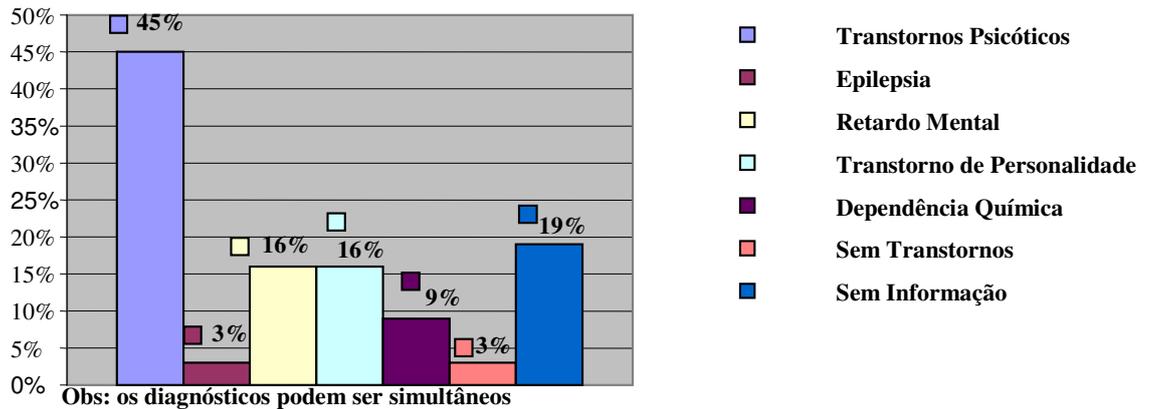
O gráfico permite observar que os internos do sexo masculino são a grande maioria (92%), cabendo às mulheres um percentual bem menor, 8% correspondentes a 31 internas. Esse dado corrobora com a enorme desproporção no número de presos e presas em todo o país, conforme consta do Censo Penitenciário divulgado em 1993 pelo Conselho Nacional de Política Criminal e Penitenciária do Ministério da Justiça, no qual o sexo feminino representa 3 % da população carcerária. Embora seja um número diminuto, tal fato não significa paridade na igualdade de tratamento entre homens e mulheres, pois o Estado prioriza o atendimento dos homens, exemplo disso é o investimento em construções para abrigá-los.

**Gráfico 3: Distribuição das internas por faixa etária. N = 31**



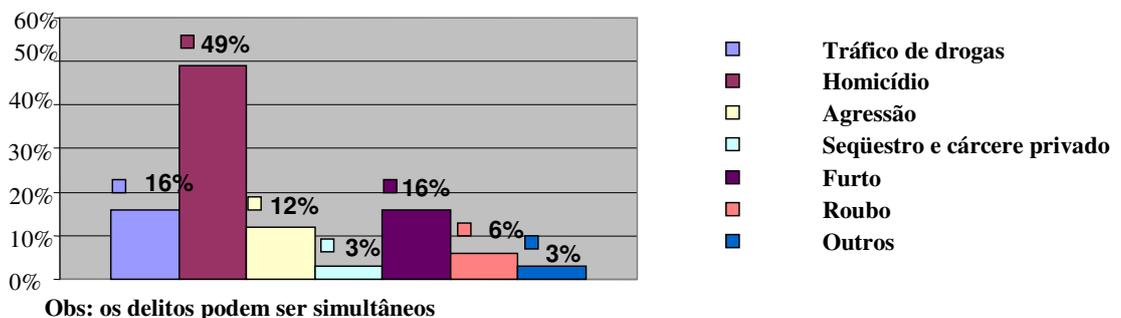
Fonte: BIONDI, E.J. et. al.

Em relação ao universo feminino, o gráfico 3 permite observar que entre as 31 internas há uma preponderância de 13 (42%), na faixa etária de 40 a 49 anos, seguida de 9 (29%) pela faixa entre 30 a 39 anos. Há uma distribuição quase uniforme de 5 (16%) nas faixas etárias de 20 a 29 anos e, 4 (13%) 50 anos ou mais. A idade das internas variava entre 22 anos e um máximo de 66 anos (média de 43,4 anos de idade).

**Gráfico 4: Distribuição das internas por diagnóstico psiquiátrico. N = 31**

Fonte: BIONDI, E.J. et. al.

Entre os diagnósticos declarados pelos peritos, o Transtorno Psicótico aparece como o mais freqüente 14 (45%). Em segundo lugar, observa-se uma distribuição uniforme 5 (16%) de casos de Retardo Mental e Transtorno de Personalidade respectivamente, seguidos de situações onde se identificaram sinais de Dependência Química 3 (9%).

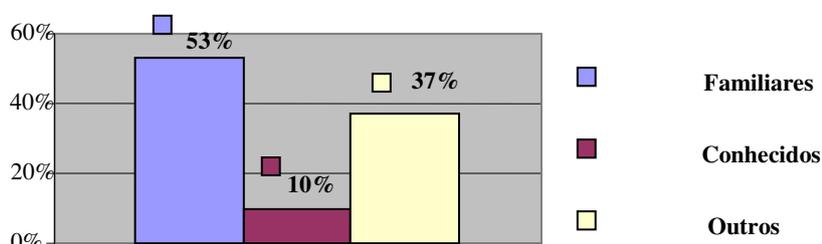
**Gráfico 5: Distribuição das internas por tipo de delito. N = 31**

Fonte: BIONDI, E.J. et. al.

Verifica-se que com relação aos tipos de delito que motivaram a medida de segurança, o homicídio foi o mais freqüente. Ou seja, quase a metade, um total de 15 (49%) das mulheres internadas, havia cometido homicídio, seguido de 7 (22%) que haviam cometido furto/roubo, 5 (16%) envolvidas com tráfico de drogas e 4 (12%) que cometeram agressão. O cruzamento dos dados possibilitou identificar, no entanto, que entre as cinco internadas por tráfico de drogas, três

apresentaram diagnóstico de dependência química, revelando, mais uma vez, a forte ligação entre o tráfico e o uso de drogas, já evidenciado em outros trabalhos. Entre as 15 condenadas por homicídio, 9 (60%) tinham diagnóstico de Transtornos Psicóticos e o segundo diagnóstico mais comum foi Retardo Mental 2 (10%). Um aspecto que chama atenção nestas instituições é a permanência ali de pessoas que cometeram atos infracionais considerados de pequeno e médio potencial ofensivo, delitos que apresentam certas peculiaridades, exigindo um manejo diferenciado, o que não justifica a internação compulsória em local de tal natureza.

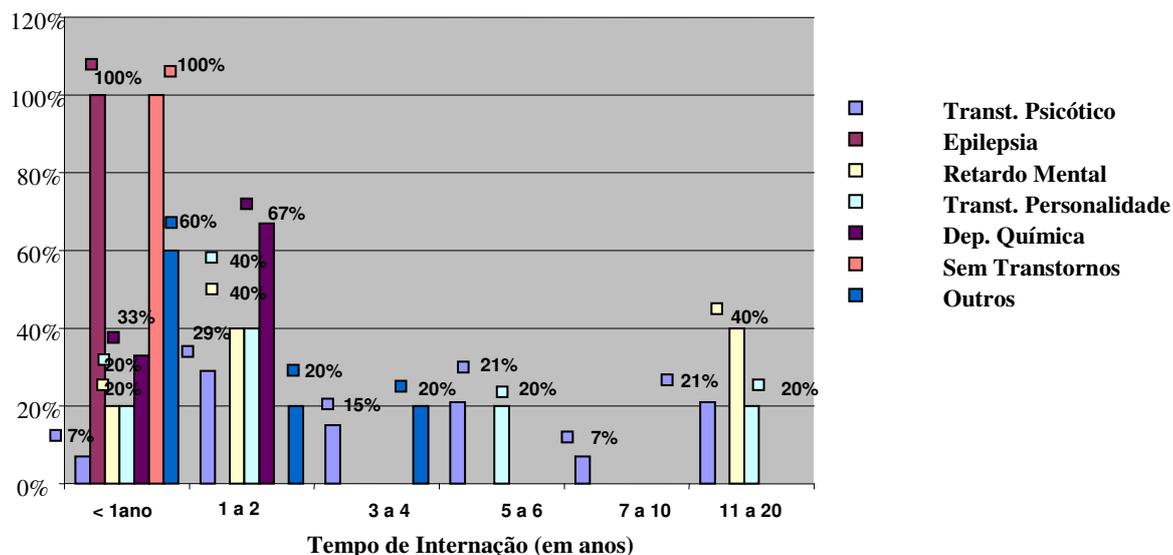
**Gráfico 6: Identificação das vítimas mais comuns. N = 19**



**Obs: foram considerados apenas vítimas de crimes de homicídio e agressão**

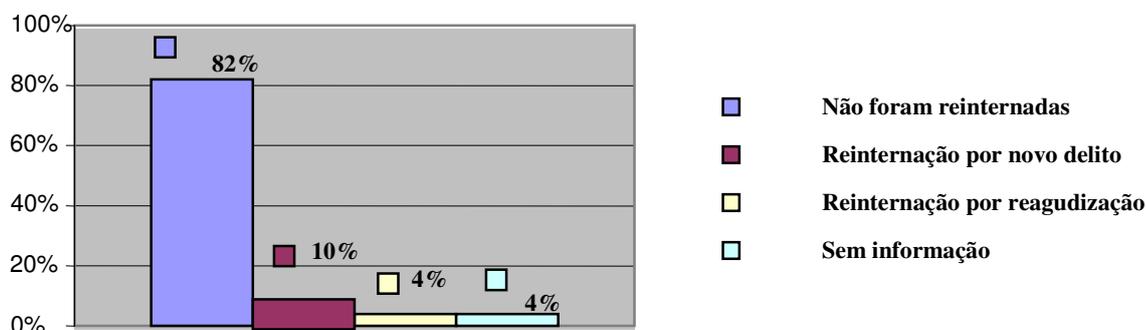
Fonte: BIONDI, E.J. et. al.

Notamos que entre as dezenove internas que haviam cometido homicídio/agressão, 10 (53%), tinham como vítimas comuns familiares, unidos, ou não, por laço de consangüinidade. Ou seja, 5 eram filhos, 2 eram mães e 3 eram companheiros das internas. Já dentre as demais vítimas (conhecidos) 2 se encontravam internadas na mesma instituição que a agressora, 1 era funcionário da instituição, 1 era defensora pública, 1 era amante do companheiro e 4 não puderam ser identificadas. Os crimes na família são menos raros do que se pode supor. Em geral, os homens matam muito mais do que mulheres. No caso das mulheres que matam, normalmente o fazem após uma longa história de agressões e humilhações sofridas nas mãos dos maridos. Suportam durante muito tempo e um dia acabam perdendo o controle emocional e descontando todo o sofrimento acumulado, em algumas situações na própria prole.

**Gráfico 7: Distribuição das internas por tempo de internação e diagnóstico. N = 31**

Fonte: BIONDI, E.J. et. al.

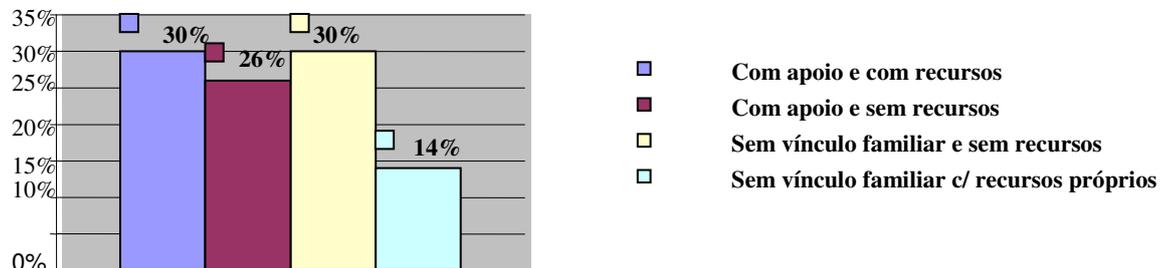
No que se refere ao tempo de internação 18 (60%) mulheres estavam a dois anos na unidade, confirmando a tendência de redução da duração das internações, contudo ainda persiste um índice significativo de internações longas. Além disso, o tempo de permanência variava de acordo com o diagnóstico da interna: tendia ser menor para aquelas com diagnósticos de dependência química e epilepsia. Já as que apresentavam diagnósticos, como transtorno psicótico, retardo mental e transtorno de personalidade, tendia-se a elevar a média de tempo de detenção. Importante ressaltar que longas internações, muitas vezes injustificadas, permitem que os referenciais familiares se percam dificultando uma proposta de reinserção social.

**Gráfico 8: Identificação dos motivos apresentados para reinternação. N = 31**

Fonte: BIONDI, E.J. et. al.

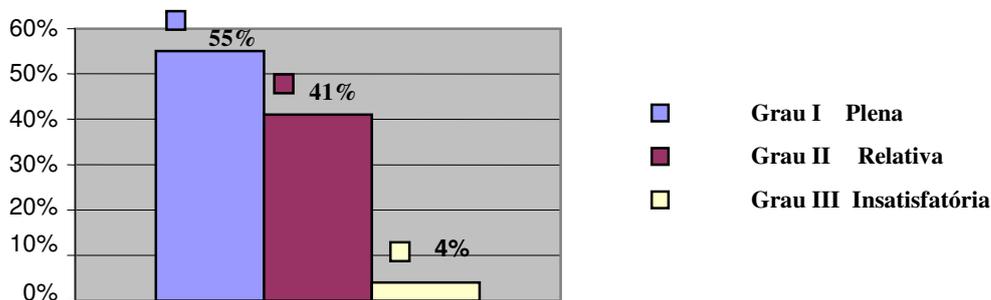
Entre as 31 internas, 26 (82%) não foram reinternadas, 3 (10%) por cometerem novo delito, 1 (4%) por reagudização do quadro clínico. Apesar de se observar índices de desinternação, a situação mais comum diz respeito àquelas com internação prorrogada, geralmente por falta de suporte social, o que leva a uma relação clara entre o destino da interna e a existência de suporte sócio-familiar. Pudemos notar que é significativamente baixo o número de reconduções a instituição associada à nova prática delituosa, especialmente se compararmos aos altos índices oficiais de reincidência no sistema carcerário.

**Gráfico 9: Identificação da existência e tipo de suporte sócio-familiar. N = 31**



Fonte: BIONDI, E.J. et. al.

Quanto à existência e tipo de suporte sócio-familiar, 8 (30%) tinham vínculo familiar e recursos financeiros; 7 (26%) com apoio e sem recursos, 8 (30%) sem vínculo familiar e sem recursos; 4 (14%) perderam laços com a família, mas contavam com algum tipo de recurso financeiro necessário a sua subsistência e, em 4 situações não pudemos identificar. Assim, vale lembrar a conexão entre o tempo de internação e a presença, ou não, de suporte sócio-familiar, pois tal variável é um dos critérios indispensáveis para a desinternação. Um número significativo de mulheres não recebe visitas, ou recebe visitas menos de uma vez por mês. As mulheres são mais abandonadas pela família quando em situação de prisão, pois raramente recebem apoio dos companheiros. Ao contrário dos homens, que são visitados em sua maioria, pelas mulheres.

**Gráfico 10: Distribuição das internas por grau de autonomia. N = 31**

Fonte: BIONDI, E.J. et. al.

Com relação às condições de autonomia, 12 (55%) mantinham grau de autonomia plena, 9 (41%) relativa, 1 (4%) insatisfatória e, em 9 situações não foi possível obter a informação. O grau de autonomia variava de acordo com o diagnóstico das internas: entre as que apresentavam transtornos psicóticos, 50% foram classificadas com grau de autonomia plena e 43% relativa. Já entre aquelas com diagnóstico de dependência química 34% apresentam grau de autonomia plena.

No primeiro caso, autonomia plena, as internas são capazes de realizar todas as atividades da vida diária, elementares e rotineiras no seu dia-a-dia como higiene, vestuário e alimentação e tão são capazes de executar todas as atividades da vida prática, como serviços domésticos, usar o telefone, fazer compras, além de lidar com aspectos financeiros. Já o segundo caso, autonomia relativa, diz respeito àquelas que realizam algumas atividades da vida diária e prática com independência e apresentam condições parciais de lidar com dinheiro.

Por último, examinando-se nos dados do censo a existência de intercorrências clínicas, constatou-se que as mais comuns eram as que acometiam o sistema cardiovascular 2 (6%). Quanto ao índice de internas com HIV 2 (6%), o índice foi considerado baixo, comparando-se a prevalência média observada nos últimos estudos nas unidades prisionais do estado.

A partir dessa caracterização pudemos, além de conhecer a população de mulheres denominadas loucas criminosas, também identificar as bases que sustentam sua permanência na instituição. Levando-se em conta as divergências e diversidades do cotidiano dessas mulheres entendemos que o empuxo para sua manutenção nos hospitais de custódia ser, além do fato de serem autoras de

violência, cometerem delito dentro do contexto familiar. Tal ato gera um sentimento de revolta e afastamento de seus familiares, imprescindíveis no processo de ressocialização. O peso desses delitos tem repercussão negativa na comunidade onde vivem provocando revolta e, conseqüente descrédito em sua reabilitação.

### **3.2. Profissionais do campo médico-legal: concordâncias e divergências**

No que diz respeito ao campo médico-legal, entendemos que seria importante verificar em que medida as representações sociais construídas pelos profissionais inseridos no campo poderiam influenciar suas ações. Ou seja, procuramos identificar que representações estavam implicadas em suas condutas e práticas.

Nossa investigação contemplava também o campo jurídico na medida em que tínhamos como objetivo inicial, examinar a importância das representações sociais sobre os crimes cometidos por loucas criminosas, no contexto familiar, com o intuito de apreender seu conteúdo e sua organização, procurando identificar em que medida influenciaria na compreensão e na avaliação dos juristas.

Contudo, apesar de várias tentativas infrutíferas não foi possível responder tal indagação devido à falta de resposta à nossa solicitação de entrevista ao juiz titular, ou mesmo seus auxiliares, da Vara de Execuções Penais (VEP), responsável pela aplicação das medidas de segurança no estado<sup>5</sup>.

Achamos que seria importante observar os processos representacionais, através dos quais se construíram as representações da periculosidade e do crime, em ambos os campos (jurídico e médico-legal), buscando compreender se interferiram e de que forma, nas avaliações da viabilidade da reabilitação e da re-inserção social das internas do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico (HCTP). Como ficou inviável a pesquisa no campo jurídico, tendo em vista os motivos apresentados, restringimos nossa análise ao campo médico-legal.

Para dar início à atividade de pesquisa, após uma observação participante do campo, empreendemos uma análise do banco de dados do censo realizado no ano de 2003, pela Superintendência de Saúde, da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária do Rio de Janeiro (SUPS/SEAP), que buscou conhecer o perfil de homens e mulheres internados. Pretendeu-se, através deste levantamento, obter dados indispensáveis à adequação das medidas de segurança às diretrizes estabelecidas pela lei nacional para a reforma psiquiátrica no Brasil

---

<sup>5</sup> Muito embora o juiz titular da VEP não componha um caso, achamos que fortaleceria o trabalho a opinião de uma avaliação externa, não pelos pares, mas por alguém que, em última instância, tem a palavra final. Ou seja, alguém que tem a última decisão mesmo não tendo competência técnica para tanto.

(Lei N.º10.216, de 06 de abril de 2001) e a elaboração de um programa de desinternação progressiva e reinserção social dos que estão cumprindo medidas de segurança nos hospitais de custódia do estado.

Subsidiados pelas informações produzidas com esse estudo traçamos o perfil sócio demográfico e as condições clínicas, jurídicas e sociais das 31 mulheres internadas nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Rio de Janeiro, já visto no tópico anterior.

O campo escolhido para o desenvolvimento da pesquisa foi o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico Heitor Carrilho (HH), por ser uma instituição de tratamento/custódia destinada aos portadores de transtorno mental em conflito com a lei.

No decorrer das atividades, decidimos que seria pertinente efetuar entrevistas semi-estruturadas com informantes pertencentes a posições sociais consideradas relevantes para formação e transformação das representações. Assim, como foi impraticável o acesso ao juiz titular da VEP, visando dar continuidade ao estudo, optamos por entrevistar os peritos e a equipe multidisciplinar da instituição selecionada.

Para termos acesso à instituição foi necessário um encaminhamento (formal) à Superintendência de Saúde<sup>6</sup> (SUPS). O superintendente de saúde nos recebeu, em entrevista agendada previamente, sendo bastante solícito a nosso pedido, e, ao tomar conhecimento da pesquisa prontamente concedeu a autorização. Em seguida, fizemos contato com a subdiretora do HH, responsável, à época pela direção, visto que o diretor se encontrava afastado por motivo de doença. Esta profissional acompanhou e apresentou a pesquisadora a alguns informantes que nos indicaram a localização dos entrevistados.

Construímos um roteiro preliminar de entrevista que achamos ser oportuno testá-lo em campo. Entendemos que tal procedimento permitiu fazer os ajustes necessários para a elaboração do roteiro estruturado e este modelo foi aplicado.

---

<sup>6</sup> A Superintendência de Saúde tem sua atuação voltada para os internos do Sistema Penitenciário e os funcionários da Secretaria. Administra Hospitais e Ambulatórios Médico-Odontológicos, desenvolvendo atividades de prevenção e assistência em diferentes níveis. A rede de saúde é formada por 7 Hospitais, sendo 3 psiquiátricos, 2 gerais, 1 sanatório e 1 unidade especializada para atendimento a presos com HIV/AIDS, contando ainda com 30 Ambulatórios Médico-Odontológico e Psicológico e 2 unidades de atendimento a funcionários.

A partir de um levantamento preliminar, construímos uma amostra composta de 11 profissionais. Destes, oito eram médicos (as) psiquiatras que atuavam na condição de peritos e três componentes da equipe do HCTP, sendo uma psicóloga, uma assistente social e uma terapeuta ocupacional. Apenas um integrante do grupo se recusou a participar com a justificativa de falta de tempo.

A captação de todos os peritos foi feita no próprio local onde são realizadas as perícias, intermediada pela ajuda de uma funcionária do setor. Já aqueles que compõem a equipe foram contatados diretamente na reunião que acontece habitualmente, às quintas-feiras, na unidade, onde o grupo de técnicos se reúne para discutir e analisar questões referentes aos internos. A pesquisa se processou após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, manifestando sua anuência à participação.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre abril a junho do ano de 2006, com registro feito em gravador, após o consentimento prévio dos sujeitos entrevistados. A transcrição das fitas procurou ser fiel à gravação, introduzindo pontuação, respeitando as falas e as pausas dos entrevistados e foi feita pela própria entrevistadora, ao término de cada encontro. As entrevistas duraram em média uma hora e a escolha dos locais para realizá-las foi de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Neste sentido, algumas foram realizadas no HH e outras em consultórios. Os nomes dos entrevistados foram omitidos e substituídos por nomes fictícios.

Utilizou-se como técnica de coleta de dados a entrevista semidiretiva. Inicialmente, buscamos traçar um breve perfil do grupo. Por se tratar de um número bastante pequeno, e com objetivo de preservar a identidade dos participantes, nos trechos selecionados dessas entrevistas, adotamos a designação P-1, P-2, para os peritos e E-1, E-2, etc. para a equipe.

Assim, o instrumento utilizado para a obtenção dos dados, contemplava um pequeno questionário de identificação com os seguintes dados: idade; sexo; formação; tempo de formação; tempo de serviço na unidade; carga horária semanal. Em seguida, havia dez questões que envolviam os seguintes pontos: a) o processo de formação para exercer o trabalho no HCTP e o papel profissional no processo penal; b) o que é laudo/parecer e as condições institucionais para operacionalização dos laudos (peritos) e pareceres (equipe); c) conhecimentos e atitudes acerca do conceito de periculosidade; a aferição e cessação do estado

perigoso; d) a relação entre crime, periculosidade e sexo; e) modificações na assistência psiquiátrica e implicações no conceito de periculosidade e sua aplicação.

Para fins deste estudo, utilizou-se uma abordagem qualitativa, fundamentada na Teoria de Representações Sociais, na sua vertente moscoviana, tendo como principais autores Serge Moscovici e Denise Jodelet. A representação social foi tratada como modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos. A noção de representação social se constitui no modo de interpretar e pensar a realidade cotidiana, ou seja, uma forma de conhecimento social.

Neste capítulo apresentaremos os principais resultados encontrados na pesquisa de campo através da análise do conjunto de respostas relacionadas aos temas presentes no roteiro de entrevistas, com exceção do tópico pertinente a relação entre crime, periculosidade e sexo que será analisado no capítulo seguinte.

Inicialmente, de forma sucinta, mostraremos os dados gerais de identificação dos (as) profissionais juntamente com a caracterização de sua inserção na área psiquiátrica penal. Posteriormente, descreveremos e, quando necessário, compararemos as atitudes e conhecimentos relacionados sobre o conceito de periculosidade; aferição e cessação do estado perigoso. Por fim, analisaremos a informação do (a) profissional frente às modificações na assistência psiquiátrica, propostas pela Reforma Psiquiátrica e decorrentes implicações no conceito de periculosidade e sua aplicação.

Para análise dos dados foi empregado o método proposto por Bardin (1976) que privilegia a escuta da fala dos sujeitos, no sentido de conseguir apreender seus significados e, desse modo, compreender como as representações sobre os temas propostos são construídas.

### 3.2.1. Processo de formação e prática profissional

As entrevistas foram realizadas envolvendo onze participantes, conforme já citado anteriormente, sendo cinco do sexo feminino e seis do sexo masculino, com idades variando entre 42 a 67 anos. Em relação ao grau de instrução, a maioria dos (as) entrevistados (as) possui mais de vinte anos de conclusão da graduação e a totalidade apresentava algum tipo de pós-graduação. Quanto ao tempo de serviço na unidade obtivemos uma variação entre 3 e 36 anos de serviço.

No que se refere à distribuição da carga horária semanal de trabalho houve uma variação em função dos cargos ocupados. Ou seja, aqueles que exercem a função de peritos apresentaram respostas diversificadas em função do próprio processo de trabalho<sup>7</sup>.

Todos os entrevistados foram admitidos no HCTP após prévia aprovação em concurso público. A maioria tinha experiência anterior: alguns trabalharam em hospitais não penais do estado, outros deles vieram transferidos de outro hospital da SEAP.

A maioria dos profissionais ao serem questionados sobre o seu processo de formação para exercer atividade profissional no HCTP, afirmaram não terem passado por nenhum tipo de capacitação, ou seja, nenhum curso ou escola de formação, considerando a especificidade da instituição. Nesse sentido, identificamos uma cultura institucional onde a socialização do conhecimento se dá informalmente através da observação. Aqueles que trabalham mais tempo na instituição, se ressentiam, inclusive, da escassez de bibliografia disponível, em língua portuguesa, sobre o tema, à época em que ingressaram no HH, dificultando o estudo.

“No meu caso, não houve nenhuma formação especial, apenas fui designado pra trabalhar (...) aí comecei a ver como é que é, conversar com os peritos antigos, observar o trabalho deles. Estudando, comprei livros de Psiquiatria Forense, brasileiros quase que não tem, estrangeiros, e fui me preparando, ou seja, autodidata, sozinho. Perguntando a um, perguntando a outro, tal, basicamente autodidata”. **P-4**

---

<sup>7</sup> No grupo dos técnicos houve unanimidade nas respostas quanto à carga horária semanal de trabalho ser de 24 horas. No outro grupo obtivemos uma variação de três tipos de respostas: que trabalham em média 20 horas semanais, um plantão ou que trabalham em função do número de perícias (que segundo um entrevistado, de acordo com a determinação da direção, deve ser no mínimo de seis atendimentos por semana).

Todos os peritos são titulados em Psiquiatria Forense, pela Associação Brasileira de Psiquiatria embora não seja pré-requisito para exercer a atividade. Estes, em sua maioria, prestavam atendimento como clínicos psiquiatras, tendo alguns sido convidados pela direção da unidade, à época, ou por iniciativa própria justificada pelo fato da atividade pericial ter a flexibilidade de ser desenvolvida em um plantão diário.

“Olha, eu entrei pro sistema, fui ser psiquiatra clínico, depois de 2 anos de fazer psiquiatria clínica, já sido titulado é... pela Associação Brasileira de Psiquiatria, eu comecei a ter uma formação em perícia, em Psiquiatria Forense, propriamente dita. Demorou mais outros 2 anos, e eu aí eu comecei a fazer perícia”. P-2

Entendemos a necessidade de um olhar treinado, contudo, os profissionais inseridos no HCTP aprenderam a como lidar com o tema a partir da experiência prática. Os mais antigos atuam ainda hoje como multiplicadores de informação, disseminando o que aprenderam para os recém-admitidos. Como revela o trecho da entrevista abaixo.

“(...) não há uma formação específica pra exercer Psiquiatria Forense. No caso eu fui convidado, na ocasião, pelo diretor da Unidade (...). E, eu acompanhei o Professor Chalub, informalmente por algum tempo, uns três meses, observando ele fazer perícias e depois eu resolvi fazer a prova de título da Associação Brasileira de Psiquiatria Forense. Mas acho que na verdade isso não é nem exigido como pré-requisito, foi uma vontade minha de investir nisso, na Psiquiatria Forense”. P-1

As respostas referentes ao papel dos peritos psiquiatras no processo penal indicaram como resultado um consenso quanto ao respaldo que a Lei de Execuções Penais dá a sua atuação no sentido de analisar, intervir, acompanhar os casos, como também, a responsabilidade de produzir prova técnica para processos judiciais onde parem dúvidas sobre a sanidade mental da pessoa que cometeu um ilícito penal, ou mesmo apenadas.

“Eu vejo como um defensor dos Direitos Civis. Toda Constituição, de todos os países que não são Totalitários é... asseguram qualquer pessoa (...) que cometa um ilícito, um ato criminoso (...) o exame psiquiátrico, pra que o juiz possa argüir o estado de sanidade mental do agente criminoso, (...) seja qualquer tipo de crime que a pessoa tiver cometido. É... pra mim é um exercitamento dos Direitos Civis”. P-2

O objetivo seria pra um esclarecimento, (...) pra uma informação técnica dentro de um processo, você vai informar sobre uma competência técnica que o juiz não tem, pra melhor esclarecimento do caso. Só que o que acontece inúmeras vezes você se vê numa posição não só, digamos assim, de informar tecnicamente mas você sabe que muitas vezes essa sua informação, entre aspas, vai acabar decidindo o próprio processo. Então, às vezes pode ficar uma confusão (...) do perito com o juiz, não porque o perito esteja decidindo, mas porque na verdade o juiz considera que aquela informação técnica (...) ela tem um valor decisório, como se a especialidade ali, a psiquiatria, pudesse decidir alguma coisa, quando não deveria ser assim, entendeu, basicamente isso”. **P-7**

Observaremos nos fragmentos citados que se destacam nas falas a relevância e a imprescindibilidade de sua atuação profissional na perspectiva de não permitir ‘injustiças’ visto que, quando constatado o transtorno mental, a pessoa, em tese, não receberia pena e, sim, um tratamento. Ao perito caberia prescreve-lo, tendo claro que é atribuição do juiz determinar a aptidão e tempo de afastamento para fins do ‘benefício’, gerando assim um conflito de competência.

“Eu acho que o perito psiquiatra ele é fundamental no processo penal porque ele pode tanto (...) esclarecer a autoridade judicial sobre se aquela pessoa tem ou não a doença mental (...). No caso ela ter a doença mental o perito vai (...) de alguma forma ajudando essa pessoa a receber um tratamento, já que, quando o perito dá um laudo que tem doença mental o mais provável é o juiz dar uma medida de segurança. Ou não, ou ele vai esclarecer com a autoridade judicial que aquela determinada pessoa não tem a doença mental, aquela pessoa ela é responsável pelos seus atos e deve responder dentro dos limites da lei”. **P-1**

No conjunto de respostas tão homogêneas, surgiram diferenças interessantes entre alguns pesquisados. Quanto ao modo como a equipe técnica percebe seu papel no processo penal, não identificamos respostas tão parecidas como às do grupo anterior. Uma das entrevistadas que não respondeu especificamente à pergunta feita, considera que o seu papel profissional está ligado a uma exigência da nova configuração da assistência psiquiátrica, em requerer uma equipe multiprofissional no acompanhamento às pessoas portadoras de transtorno mental, de uma forma geral. Outro profissional fez uma análise crítica no que se refere à sua atuação no processo penal e ponderou que o profissional deveria superar o mandato institucional. Efetuou observações contundentes sobre a instituição e também sobre algumas referências culturalmente transmitidas e sedimentadas no meio psiquiátrico penal. Ou seja, a visão reducionista de alguns profissionais que se percebem apenas como

executores da pena de prisão e que, nesse sentido, permitem também acirrar o processo de exclusão e sofrimento dos apenados.

“(…) tem uma regra mínima, nas regras mínimas da ONU de 1955 que deveria pautar, é uma regra pequena, mas ela pra mim diz tudo “de que a privação da liberdade já gera um sofrimento que não pode ser aumentado pelos agentes públicos que a executam” pra mim isso devia ser o nosso norte, essa regra, porque é... a privação da liberdade já é um grande sofrimento, nós não deveríamos aumentar a perversidade desse sofrimento, mas é isso que a prisão na sua cultura faz. (...) Então eu acho que eu não tenho uma visão de que quanto pior melhor”. (...) Então, qual o nosso papel dentro disso? É... não é um papel residual de fazer parecer para o juiz, este é um produto que é consequência de toda intervenção profissional” (...) Eu acho que nós temos uma importância enorme, agora a gente tem que abraçar isso (...)”. **E-2**

Nos aspectos relativos à prática profissional está dentre as atribuições específicas dos peritos a elaboração de laudos. O que se pode apreender nos depoimentos dos peritos é que este documento pode ser definido como uma peça técnica que deverá ser anexada ao processo. Ou seja, um exame minucioso do periciando, que tem como objetivo prestar esclarecimentos ao juiz sobre a existência, ou não, de transtorno mental e sua relação com o crime praticado (o chamado nexos causal).

“O laudo psiquiátrico é composto de um exame, (...) psicopatológico da pessoa que está sendo acusada, (...) que tá respondendo a um processo. Esse exame ele é complementado, quando necessário, por exames complementares: eletroencefalograma, exames psicotécnicos, laudos psicológicos”. **P-2**

Para elaboração do documento é imprescindível a leitura dos autos do processo na sua íntegra. Este, em linhas gerais, pode ser entendido como o conjunto ordenado de peças que formam o processo e onde o juiz procura todos os elementos, com o objetivo de uma decisão criteriosa e sensata para a causa. Os autos são compostos de documentos trazidos pelas partes. Na impossibilidade de imediato julgamento, após a manifestação dos interessados, o Poder Judiciário se utiliza das razões escritas pelas partes e dos documentos anexados para estudo e sentença.

“(…) É composto, também, pela leitura dos autos do processo, (...). Esses autos do processo vão dar pra mim as condições em que foram desenvolvidas, relatadas pela autoridade policial, e todas as demais provas em relação ao crime que é objeto de estudo, (...). Porque estudando o crime a gente estuda o

comportamento do criminoso, ao estudar essa interação onde estabelece se há nexos causal, ou se não há nexos causal, quer dizer, se determinado crime que tá sendo estudado é uma expressão de algum problema mental é o objetivo final da perícia, pra que a gente identifique isso”. **P-2**

O HCTP reproduz, em nível local, as dificuldades que o sistema de saúde brasileiro enfrenta. Alguns entrevistados sinalizam a precariedades na instituição em relação ao espaço físico, número de profissionais e recursos materiais necessários para a elaboração do laudo.

“(…) Eu acho que as condições de trabalho é... são inadequadas. (...) O que eu acho é que o trabalho não é bom, inclusive, a qualidade do trabalho fica comprometida, pelo fato de que nós somos mal remunerados, o serviço público, ele acaba sendo um complemento de salário (...)”. **P-6**

Nesta observação constatou-se que a grande maioria dos peritos apresenta outras queixas como a falta de tempo para fazer um exame minucioso do periciando; a impossibilidade de uma reconvocação, quando necessária; a falta de segurança na instituição e lamentam o lapso de tempo entre a ocorrência do crime e a marcação do exame, fatores que interferem diretamente na qualidade do laudo.

“(…) As condições atuais no Heitor Carrilho: nós estamos numa sala, os peritos ficam numa sala sem a menor segurança, não tem segurança, não tem agente penitenciário. Então, muitos que vão pra perícia não são doentes mentais, mesmo doentes mentais não têm nenhuma relação do perito porque não é teu paciente. Então essa condição mínima que é você se sentir seguro no local, não tem. Dois, tempo de investigação pra perícia, não tem esse tempo de você fazer várias entrevistas, e ter tempo de chamar familiares, de fazer realmente uma pesquisa, uma investigação, (...), você raramente consegue fazer, a não ser quando dá pra internar e ficar observando e você recebe família, mas aí não dá pra fazer isso com todos, senão você não anda nas perícias. Exames complementares, não têm”. **P-3**

“Entre a marcação de um exame, e um exame propriamente dito, às vezes, pode ter meses ou anos de intervalo, entre o crime se aconteceu e o exame pericial, então isso dificulta (...) essa falta de proximidade com o crime é um outro fator, é um outro obstáculo, e frequentemente a gente precisaria de detalhamentos, tipo informação de familiares, de pessoas próximas, ou informação hospitalar de tratamentos. (...) A gente não pode, por exemplo, reconvocar o paciente, no Heitor Carrilho é quase impossível chamar uma segunda vez pro exame, tem que justificar (...), isso também é um problema porque você faz o exame às vezes você precisa de mais dois, três, pra você poder... ou mais pra você realmente poder chegar perto do que passou, do que tá se passando com a pessoa”. **P-7**

Percebemos a dominância do profissional perito em relação aos demais profissionais, que consideram ter uma atuação subsidiária ou complementar, no que concerne ao parecer. Os trechos das entrevistas exprimem bem.

“(...) Então, a partir do momento que essa equipe que fica com esse paciente ao longo de dois anos, três anos, não importa, vinte anos, eu acho que essa equipe tem todas as condições do mundo é de se utilizar de um parecer que possa dar respaldo suficiente pra essa perícia. E, no entanto, o que a gente vê? O que a gente vê é que apesar deles só verem uma vez ou duas, que a segunda, quando vai novamente pra essa perícia pra cessar essa periculosidade, (...), entre aspas, (...). É... se diferencia um pouco do nosso diagnóstico, vamos dizer assim, do nosso parecer, (...). E, aí é que eu te digo fica muito distante. Então, que papel é esse, que lugar é esse, que tem o nosso parecer, (...), que fica, vamos dizer assim, meio que desvalorizado, diante de uma perícia feita, (...), num segundo momento, só (...). Esse paciente não é visto pela perícia, esse paciente ao longo desses anos não é tratado por essa perícia, (...). Então o que que eu posso dizer diante disso é que é o que margeia, vamos dizer assim, esse parecer, esse fantasma do parecer, é justamente a perícia, que não faz uma conexão legal, (...), uma equipe, vamos dizer assim, com a própria equipe que trabalha com esse paciente ao longo desse tratamento”. **E-1**

“(...), eu acho que é fundamental o parecer da (...) equipe. (...). É importante que realmente o perito leia esse parecer e que se baseie no parecer (...) da equipe, porque nós é que estamos cotidianamente com o paciente. (...)”. **E-3**

A avaliação da periculosidade é responsabilidade destes profissionais. A análise permitiu vislumbrar diferenças expressivas nas respostas dadas pelos peritos e pela equipe. Para os peritos, existe uma representação de periculosidade associada à definição legal, ou seja, de forma preconceituosa, o risco do portador de transtorno mental cometer um delito em função da vigência do transtorno. Embora, dois entrevistados reconheçam que os critérios utilizados para defini-la se baseiem num balanço de probabilidades que ficam a mercê do perito, ou seja, critérios subjetivos.

“Periculosidade é o risco do paciente com transtorno mental, no caso da perícia psiquiátrico-forense, (...) vir a cometer algum delito. Na verdade a periculosidade ela se baseia num balanço de probabilidades, não tem como o perito saber exatamente se aquela pessoa vai cometer algum delito ou não, ele se baseia num balanço de probabilidades dentro da história do cliente, dentro dos antecedentes de delito prévio, dentro do exame psicopatológico, do apoio familiar, pra ter uma idéia da periculosidade”. **P-1**

“(…) Periculosidade que nos interessa, enquanto perito de Psiquiatria Forense é a periculosidade, vinculada, ou seja, aquela que é resultado de um nexos entre o estado mental alterado de um portador de uma doença mental, de uma desordem mental, de uma patologia, e a ação criminosa, propriamente dita. Então, a periculosidade, estudada pela perícia em Psiquiatria Forense, é aquela que está vinculada, aquela que foi determinada por uma alteração mental, seja ela definitiva ou reversível. (...)”. **P-2**

No grupo dos integrantes da equipe predomina uma representação de periculosidade desassociada do delito. A impressão que dá é a de que, embora não se tenha uma definição construída sobre o conceito, há uma clara desvinculação da associação doença mental X crime. Notamos no relato que estes dão mais importância a outros fatores, exemplificado no trecho a seguir.

“Eu acho uma ficção. (...) Quer dizer, eu acho que a periculosidade é aquilo não que efetivamente é, porque a gente não sabe o que é que é ser perigoso, mas é na verdade uma antecipação do que o sujeito pode vir a ser, entendeu? (...) Quer dizer, eu acho que na verdade tem uma coisa ideológica forte (...). Acho que é um mecanismo em que os juizes precisam dessa bengala. (...) eles precisam da equipe pra dizer (...) e da perícia pra saber se esse sujeito é perigoso ou não. Eu acho isso uma ficção (...)”. **E-2**

Os critérios utilizados para aferir a periculosidade são: sintomatologia psicótica e sua relação com o crime - nexos causal - e delitos prévios. Outro dado extremamente interessante relacionado também à questão, diz respeito ao perfil, à personalidade da pessoa que cometeu delito, assim como, as circunstâncias em que o crime ocorreu se foi circunstancial, ou houve um planejamento com rigor de crueldade na execução.

“O principal é o exame psicopatológico, a existência de sintomatologia psicótica, não é? É... história de delitos prévios, a pessoa que tem muitos delitos prévios ela tem o risco maior de vir a cometer novos delitos e o apoio sócio-familiar. Aquelas pessoas que tem apoio sócio-familiar elas, conseqüentemente, aderem mais ao tratamento e, aderindo ao tratamento, elas tem uma menor periculosidade”. **P-1**

“São a vigência da doença mental (...), e a relação da doença mental com o crime, com o delito praticado. Essa é a única coisa que tem, exatamente é o nexos causal, que vai dizer que ele é perigoso”. **P-3**

“Olha, isso é muito subjetivo. Normalmente é o seguinte: o perfil da personalidade da pessoa que cometeu o delito (...). Se a gente vê que aquele crime foi uma circunstância totalmente alheia à própria formação dele, aconteceu, uma série de circunstâncias externas, levaram a pessoa a isso, mas

“você não sente nele nenhuma índole, (...) nenhuma vocação para o mal, ou pra resolver as coisas até de uma maneira ilícita, você vai considerar ele não perigoso. Agora, você nota que aquele crime foi apenas uma complementação de uma pessoa que já tem uma estrutura realmente voltada pros atos anti-sociais, uma pessoa que tem dificuldade de um comportamento adequado dentro da sociedade, uma pessoa que tem dificuldade de incorporar normas sociais, e regras sociais, aí pode considerar que isso é perigoso. Mas, isso é subjetivo, porque dois peritos podem considerar diferentes porque cê vê pelo próprio manejo que eu falei isso não tem objetividade, não tem nada pra medir isso, (...). Então, realmente é subjetivo (...)”. **P-4**

Identificamos que são utilizadas categorias instrumentais para avaliação da cessação da periculosidade. Ou seja, a possibilidade de reinserção social e a presunção de não reincidência, além de dados sociais (existência de família ou promessa de emprego) são analisados aspectos disciplinares (se teve bom comportamento na instituição).

“(...) Então, mais ou menos os mesmos critérios invertidos em relação à periculosidade. Ou seja, cessação da sintomatologia psicótica, remissão da sintomatologia psicótica, comportamento na instituição, uma pessoa que tem um comportamento adequado, tudo indica que ela vai ter um comportamento adequado lá fora também, o parecer da equipe técnica e o apoio sócio-familiar”. **P-1**

“A resposta clínica ao tratamento... (...) Então, é a evolução clínica, e aí isso remete pra equipe que tá atendendo, se a equipe não batalhar em cima do caso você não vai ter uma boa resposta clínica. É... a possibilidade de entrar pra uma rede social, ou seja, ter um familiar, ou ter um grupo social, enfim, um contingente pra recebê-la (...), e a possibilidade de, ainda assim, se incluir nesse núcleo que tá recebendo. São os critérios...”. **P-3**

“(...) então, como eu te falo eu não penso mais (...) em periculosidade, eu penso se tem uma pessoa que está em condições de ter alta ou não ter alta. (...) Eu não valorizo apoio familiar, porque eu acho isso uma condenação absurda uma... isso é de alta periculosidade você valorizar muito esse aspecto. (...) Acaba sendo uma contradição minha, mas reincidência e gravidade do delito, eu penso como uma coisa que pode ser um fator de perigo (...). Eu considero esses fatores de risco reincidência, é... uso de drogas e álcool em abundância, essa personalidade psicopática, que aí a gente pode discutir o que é exatamente personalidade psicopática (...). Esse tipo de personalidade, a biografia do indivíduo, entendeu? Eu acho que existem alguns fatores é... realmente de risco, mais eu acho que nessa avaliação meu papel não é ficar fazendo essa prevenção social. É de ver se a pessoa está em condições de continuar o tratamento num outro âmbito, ou não. E, eu sei aquilo que não pode ser uma coisa que vai breca a pessoa que é... (...) essa é uma bandeira minha mesmo, entendeu? E, eu não acho que a ausência da família pode breca tanto, entendeu? E, eu acho que a maioria dos indivíduos que são considerados perigosos não... (...) não são por causa da doença mental. Eu acho que é por causa de outros fatores, e fatores esses que poderiam perfeitamente fazer que esse indivíduo tivesse preso, e não sendo tratado em manicômio judiciário”. **P-7**

Na equipe observamos o predomínio de respostas semelhantes às dos peritos, como poderá ser verificado. Foram citados aspectos objetivos e subjetivos com um excessivo enfoque a esses. O que está exemplificado nas seguintes falas:

“Ah... Os critérios que a gente usa é o seguinte: como eu já te falei, a família, (...) a gente tenta resgatar essa família, primeiro momento.” **E-1**

“(…). Então, o tipo de delito, o tempo que ele já cumpriu, o percurso que ele fez, que não dependeu da vontade dele, da determinação dele. (...) É... o quadro mesmo, da própria, (...) enfermidade, da própria doença. Quer dizer, como é que essa pessoa entrou aqui? Como é que ela tá no tratamento? Como ela se motiva a participar de atividades? Como é que ela, enfim, a gente... o aspecto mais subjetivo mesmo dela (...). A condição de sair, quer dizer, que vínculos são esses que ela tem da rua? Essa aproximação com a família, (...). Que possibilidades têm de dar continuidade no tratamento lá fora? Que possibilidades essa família tem de acompanhar a liberdade dessa pessoa ? Quer dizer, esses são assim os critérios básicos, que a gente tem, que leva em conta, sabe?. Eessa questão do crime a gente leva bastante em conta, também (...). Não que um homicídio seja muito mais grave do que... A gente leva em conta a circunstância, quer dizer, tava em pleno surto, ouvia vozes, brigava muito com gente que não existia, brigava com a televisão, por exemplo. **O chamado nexo causal?** É... o nexo causal (...), a gente leva em conta. (...) É... eu acho que são assim os elementos básicos, e obviamente o suporte que essa pessoa vai ter lá fora, (...).. Não só da família, mas de um serviço de saúde (...)” **E-2**

“É nesses critérios que eu já falei, quer dizer, se ele tem um apoio familiar, se ele aceitaria (...) ou se ele não tem o apoio familiar, mas se (...) tem pelo menos alguém que possa tá ajudando, se (...) tá aceitando a medicação, se (...) aceita um tratamento posterior”. **E-3**

### 3.2.2.

#### **Concepções dos profissionais sobre as modificações na assistência psiquiátrica: a influência do paradigma na representação de periculosidade**

O processo de Reforma Psiquiátrica iniciado no Brasil no final dos anos 70 tem provocado profundas transformações na política de saúde mental do país, gerando o surgimento de novas práticas e possibilitando uma reformulação nos modos de pensar a loucura, as instituições e o social.

Tal mudança de paradigma do tratamento do louco tem acontecido de forma diferenciada em cada parte do país e nas diferentes instituições, não sendo diferente no HCTP. De acordo com Kolker (2001), há alguns anos uma revolução silenciosa tem acontecido na instituição. Assim, esta pesquisa realizou uma investigação sobre a informação do (a) profissional no que diz respeito às modificações na assistência psiquiátrica, buscando conhecer implicações decorrentes no conceito de periculosidade e sua aplicação.

A Lei federal nº. 10.216, de 6 de abril de 2001, que instituiu a reforma psiquiátrica brasileira, dispõe sobre o redirecionamento do modelo assistencial em saúde mental e os direitos das pessoas ditas portadoras de transtornos mentais. Discorre que esses cidadãos devem ser tratados, preferencialmente, em serviços comunitários "com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar a saúde, visando alcançar sua inserção na família, no trabalho e na comunidade" (Art.2º, II). Segundo a Portaria nº. 336/2002 do Ministério da Saúde, os CAPS (Centros de Atenção Psicossocial - I, II, III) seriam os mais representativos desses serviços, que teriam como prioridade "o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo" (Art.1º, 1).

ABDALLA-FILHO (2006) descreve que no campo da saúde mental, houve o incremento de um novo modelo que gira em torno de cinco prioridades:

“descentralização da autoridade; mudança de cuidados hospitalocêntricos para cuidados comunitários; participação ativa da família e da comunidade; integração em cuidados gerais de saúde por meio de envolvimento crescente de cuidadores de saúde não especializados; e, por fim, o foco em prevenção e promoção de saúde”.

Percebemos que todos os profissionais, com exceção de um que afirma desconhecer completamente o assunto, apresentam uma satisfatória formação teórica das diretrizes do processo de reforma. E, quanto à sua importância enfatizaram:

“(...) Olha, acho que a principal mudança em relação à política assistencial é a desinstitucionalização. É, quer dizer, direcionamento das políticas de saúde mental para um tratamento não manicomial, ou seja, ambulatório, CAPS, hospital-dia (...)”. **P-1**

“Eu conheço as modificações. Num primeiro momento eu achei as modificações com um conteúdo bastante (...) fantasioso, pouco aplicável, a nossa prática. Mas, eu acho que toda tentativa de melhora, no diz respeito, a saúde primária, secundária e terciária, atendimento básico de saúde, mais secundário e terciário, pra qualquer tipo... pra toda população, de uma forma geral, eu... acho que é uma coisa bastante válida (...)”. **P-2**

No que diz respeito ao processo de desinstitucionalização, a maior parte das representações manifestam um sentimento de frustração com o investimento governamental insuficiente para o setor. Os profissionais se ressentem da carência de suporte governamental. Há entre os nossos entrevistados uma adesão total a esta perspectiva.

“O cara faz lá a lei, ou estabelece lá os artigos da Reforma isso é sancionado como lei e pronto, (...). Nada é feito com uma programação prévia, quer dizer, vamos estabelecer as unidades, (...), vamos ver os profissionais que são necessários, vamos fazer o número de CAPS suficiente. Então, é... as coisas vão sendo feitas nas coxas. À medida que os problemas vão surgindo eles vão sendo resolvidos ou não, (...)”. **P-6**

“Ainda tá muito precário. A nível concreto, (...). A existência de CAPS pra cada bairro, (...), ou pra cada município, entendeu? (...)”. **E-1**

“A gente tem aqui pessoas que vão ser (...) presos perpétuos, (...), pacientes perpétuos do hospital porque a gente não tem (...) nenhum tipo de respaldo você tem a nível financeiro (...) Então, a gente esbarra com famílias que dizem que se essa pessoa tivesse pelo menos algum dinheiro (...), ou pra alugar alguma coisa mais próxima, ou pra ajudar na renda familiar, ele estariam recebendo. E, aí a gente esbarra nisso, você não tem nada, (...), pra dar pra essas pessoas. Muitas vezes a gente tenta levá-los para o INSS, pra tentar conseguir o LOAS, mas às vezes eles são barrados, não conseguem (...). E, aí fica então inviável, aí vão ficando (...)”. **E-3**

É notório que houve avanços significativos na implementação nas políticas públicas na área da saúde mental nos últimos anos, mas a influência que

estes produzem na realidade cotidiana é percebida como insuficiente para produzir mudanças no conceito de periculosidade. O que poderemos evidenciar nos depoimentos.

“Eu não sei se a Reforma Psiquiátrica vai modificar o conceito jurídico de periculosidade, porque, na verdade, eu acho que o judiciário não sabe o que que é periculosidade, entendeu? Então, eu não sei se você perguntar pra um juízo, o que é periculosidade, se ele vai saber responder pra você (...). Eu acho que pra modificar a idéia de periculosidade, quer dizer, pro juiz entender que o crime do doente mental ele é acidental, isso tinha que inclusive ser ensinado nas faculdades de direito, (...). Pelos psiquiatras forenses ou professores que dão aula de psiquiatria forense nas universidades, no curso de direito. E, dizer:“ olha, o doente mental normalmente (...) é muito bonzinho! Ele não é perigoso! Ele não é um bandido da luz vermelha, entendeu? Ele não é o moto-boy lá de São Paulo, que safa estuprando sem seqüência, (...). **P-6**

“(…) Eu acho que, assim, revisão, pra ontem, do conceito de periculosidade, responsabilidade penal, que também principalmente no que tange essas questões de doença mental. (...). Então, eu acho que a revisão dos conceitos, a extinção do conceito de periculosidade que pode se tornar eu acho uma coisa muito importante. **P-7**

“(…) a questão da periculosidade, eu acho, que a tendência, aí, se o judiciário pudesse ser comovido com essa nova forma de ver, eu acho que... a gente vai ter menos internações de medida de segurança com internação, talvez a gente tenha mais medida de segurança de ambulatório, mas esses equipamentos tem que tá mais articulados. Essa discussão tem que rolar mais fortemente (...). Eu acho que o judiciário é muito resistente. (...) Então, eu acho que a periculosidade, esse conceito ele pode ser alterado, mas antes de ser alterado na lei tem que ser alterado nas cabeças e a lei vai ser o resultado (...)”. **E-2**